

## **PUBLICISATION ET MEDIATISATION DES SUJETS DE SANTE**

---

**Hélène ROMEYER**

**Université de Franche Comté<sup>1</sup>**

**helene.romeyer@univ-fcomte.fr**

### **Résumé**

Ce texte s'interroge sur l'impact de la publicisation des sujets de santé quant à la construction de nouvelles expertises. S'inscrivant dans une tradition habermasienne de l'espace public, il sera question dans un premier temps de saisir les modalités de cette publicisation, c'est-à-dire les acteurs, les outils, les formes d'écriture. On montrera sur ces bases que les processus à l'œuvre mettent clairement en évidence la construction de formes d'expertises professionnelles, scientifiques, médiatiques et sociétales, dans l'espace public contemporain. Dans une deuxième partie, il s'agira d'interroger les conséquences de la publicisation des sujets de santé. S'il est indéniable que certaines thématiques de santé ont pu émerger dans l'espace public, la maîtrise de ces processus a non seulement restructuré l'écriture, la communication et la législation autour des sujets de santé, mais aussi installé des formes de concurrence des discours et des expertises dans l'espace public.

*Mots-clés : publicisation ; santé ; discours ; témoignages ; experts ; lanceurs d'alerte ; reconnaissance.*

### **1. Introduction**

Cette contribution entend interroger les modalités de publicisation des sujets de santé en France, c'est-à-dire les modalités de l'émergence des questions de santé dans l'espace public. Ce faisant, elle met en évidence le processus ayant restructuré les expertises en matière de santé, tant du point de vue des acteurs que de celui des discours. L'hypothèse de fond qui guide le propos repose sur la compréhension des processus de publicisation et le rôle qu'y occupe l'information-communication. La publicisation est entendue ici comme un processus mêlant conjointement mise en visibilité et mise en débat, dans une tradition habermasienne de l'espace public. C'est le fonctionnement de ces deux éléments indissociables qui assurent le déroulement du processus. Notons qu'il ne s'agit pas de contourner la complexité de la notion d'espace public en

---

<sup>1</sup> Laboratoire ELLIADD (EA 4661), pôle Discours, Textes, Espace Public et Société (DTEPS).

changeant de terme, mais au contraire, d'en restituer toute la complexité et la dynamique à travers une approche processuelle.

Le statut d'espace public n'est ni pérenne ni homogène dans le temps et dans l'intensité de sa réalisation. Pour autant, c'est sur ces seules dimensions des espaces publics que des enquêtes empiriques peuvent réellement s'expérimenter. Il en va ainsi des sujets de santé. Les formes de publicisation de la santé sont des productions discursives à la fois *de* la santé (émanant du champ lui-même) et des discours *sur* la santé (extérieurs au champ). Si les thématiques de santé sont prégnantes dans l'espace public avec des formes de mise en visibilité et de débats nombreuses et complexes, toutes les thématiques ne sont pas visibles de la même façon, sans que cela ne relève d'un lien direct avec une quelconque actualité scientifique et/ou médicale. La notion de processus prend donc toute sa pertinence : quelles sont les étapes ou les phases de l'accession des thématiques de santé dans l'espace public ?

Dans un premier temps, il est nécessaire de saisir les modalités de cette publicisation – c'est-à-dire les acteurs, les outils, les formes d'écriture, *etc.* – afin d'en proposer une approche processuelle : peut-on distinguer des phases et des stratégies de publicisation ? S'il est indéniable que certaines thématiques de santé ont pu émerger dans l'espace public, la maîtrise de ces processus a non seulement restructuré l'écriture, la communication et la législation autour des sujets de santé, mais aussi installé des formes de concurrence des discours et des expertises. Ainsi, une concurrence accrue se développe pour l'accessibilité à l'espace public. En outre, les discours produits poursuivent des objectifs différenciés : reconnaissance professionnelle, émergence de sujets délaissés, progrès de la recherche, affichage médiatique, *etc.* A ce titre, notre deuxième partie interrogera les modalités de la médiatisation contemporaine des sujets de santé. La santé est présente sur l'ensemble des supports médiatiques mais sa représentation a évolué : elle a évolué de l'information médicale *stricto sensu* à l'information de santé. S'élargissant, les sujets de santé dans les médias ont délaissé la vulgarisation par les experts au profit des témoignages et récits de vie ; enfin, la volonté de gérer les situations de crise ont amené les médias à aborder les questions de santé essentiellement sous l'angle du risque.

Notre contribution s'appuie sur un ensemble de travaux que nous avons menés portant sur le cancer, la maladie d'Alzheimer, les allergies respiratoires et sur les thématiques liées à l'alimentation. Ces travaux, ancrés en sciences de

l'information-communication, se fondent à la fois sur de l'analyse de corpus (rapports publics, textes officiels, corpus médiatiques, etc.), de l'analyse de contenu (campagnes officielles, rapports publics, sites gouvernementaux, sites internet, fils de discussion, etc.) et sur des entretiens semi-directifs. En effet, la triangulation méthodologique est la seule façon d'aborder les discours *de et sur* la santé, la diversité des acteurs et celle des modalités discursives. Ces travaux se sont déroulés durant une dizaine d'années dans le cadre d'abord d'un post doctorat mené de 2005 à 2007 à l'Institut National du Cancer (INCa) et des publications en ayant découlées, puis d'un programme régional de recherche visant à une analyse comparative de la publicisation du cancer, de la maladie d'Alzheimer et des maladies respiratoires (2008-2011), et enfin, d'un projet de recherche interdisciplinaire et interlaboratoire à propos de l'alimentation (2013-2015).

Afin de mettre en exergue les modalités de fonctionnement du processus de publicisation, d'un point de vue méthodologique, c'est l'analyse de stratégies d'acteurs qui permet de saisir certains rapports de force. L'objectif poursuivi est de définir le fonctionnement du processus de publicisation : comprendre comment et pourquoi des thématiques jusque-là considérées comme étant la prérogative de quelques-uns sont portées à l'attention et à l'appréciation de tous. Et comment et pourquoi elles sont discutées publiquement. En effet, le processus de publicisation ayant débordé du champ politique, les phénomènes de publicisation des questions sociales sont désormais nombreux. Ce sont même les questions sociétales qui assurent à la fois le dynamisme et une forme de renouvellement de l'espace public. Comme l'a souligné Beaud (1986), nous sommes passés « (...) *d'un espace public dominé par le politique, avec pour lieux d'objectivation le système parlementaire et la presse, à un espace public dominé par la question sociale, le contournement de ces rapports par de nouvelles catégories d'organisation de la représentation de la société* » (Beaud 1986 : 126). Le dynamisme de l'espace public contemporain est ainsi entretenu par des acteurs tirant une légitimité de leur activisme sociétal, voire qui légitiment des formes d'expertises à travers ces expériences, et notamment celle d'être malade.

## 2. Le processus de publicisation

La dimension « publique » des questions s'étend au-delà du seul caractère médiatique et revêt une pluralité de significations : ce qui est visible, ce qui est notoire, ce qui a trait à l'État, *etc.* Les thématiques n'étant pas par essence publiques, diverses modalités d'activation du processus de publicisation sont engagées pour couvrir l'ensemble des dimensions de l'acceptation « publique ». Dans un premier temps, nous aborderons la transformation d'un problème jusque-là social en une question publique, c'est-à-dire les modalités d'une labellisation « public ». Les stratégies des différents acteurs pour déclencher l'attention publique et éventuellement déboucher sur une action publique seront ensuite mises en exergue.

À ce stade, il est tout d'abord nécessaire de définir plus précisément le terme « public ». Deux grandes acceptions peuvent être ainsi admises. En premier lieu, est public ce qui a trait à l'autorité ou l'organisation de l'État, ce qui est au service et exercé en son nom. Dans ce sens, le terme « public » s'oppose au particulier et au privé et s'intéresse à la chose publique (*res publica*), ainsi qu'à des questions d'intérêt général, c'est-à-dire considérées comme essentielles pour une société donnée. Mais le terme « public » recèle également une dimension d'observabilité, de descriptibilité et de diffusion des phénomènes ou des informations. « Public » peut ainsi signifier ce qui est notoire, qu'il s'agisse d'une opinion ou d'une information, mais aussi ce qui s'effectue en présence d'une assistance, ou encore ce qui a été publié par les médias, une maison d'éditions, une revue savante ou le journal officiel. Dans la phase de mise en visibilité, les deux ensembles de signification sont concernés. Se préoccuper uniquement de la première (ce qui a trait à l'État) enferme l'espace public dans la sphère politique, se contenter de la seconde (ce qui est visible et partagé), réduit la publicisation à la dimension de médiatisation. En considérant les deux acceptions dans toute analyse d'un processus de publicisation, non seulement les deux écueils précédemment énoncés sont contournés, mais il devient possible d'envisager les liens entre ces deux significations. Le public qui a trait à l'État entretient en effet un rapport d'interdépendance avec le public au sens de visible.

## 2.1. D'une question sociale à une question publique

Les travaux ayant étudié des phénomènes de publicisation, comme la sociologie des problèmes publics par exemple, se focalisent sur la « construction des problèmes publics » ou sur l'étude des processus amenant une situation de crise. La définition et la maîtrise des problèmes publics se font à travers des actions s'exerçant sur des scènes publiques : politiques, judiciaires ou médiatiques<sup>2</sup>. Se créent ainsi des lieux de débat, de polémique ou de controverse, lieux où s'expriment des témoignages, des expertises, des délibérations entre participants. Progressivement émergent des problèmes publics. Le qualificatif « public » pour ces auteurs renvoie vers l'intérêt général et en appelle à des modalités de règlement par des dispositifs d'action publique. Dès lors, la conception de l'espace public y est fondamentalement politique.

D'autres auteurs se sont détachés des échanges communicationnels et du débat public pour analyser des processus d'institutionnalisation de crise, notamment à travers des dispositifs de vigilance et d'alerte (Chateauraynaud et Torny 1999). Dans cette approche, c'est la constitution d'une crise qui contribue à focaliser l'attention des médias, puis des pouvoirs publics. C'est donc le rôle de la médiatisation qui est central, notamment dans sa faculté à déclencher l'attention des pouvoirs publics. Si la notion d'alerte et l'étude de ceux qui endossent le rôle de lanceurs d'alerte entre pleinement dans le processus de publicisation, la médiatisation est loin de créer systématiquement (c'est-à-dire mécaniquement) l'attention des pouvoirs publics. Ainsi l'étude de la mise en place du plan cancer en France nous a permis d'affirmer que c'est bien « la politisation qui a induit une médiatisation accrue et non l'inverse (...) en la diversifiant et en la transversalisant à l'ensemble des rubriques d'information » (Romeyer 2008 : 69). La publicisation ne se réduit donc pas à la manière dont la communication accompagne l'action publique.

De plus, la focalisation sur la configuration d'un problème public ou d'une crise occulte la concurrence entre les différentes thématiques pour accéder et se maintenir dans l'espace public. L'utilisation des termes de « problème » et « crise » est connotée négativement et induit l'idée que ne sont publicisées que des choses qui posent problème. Cette idée est discutable à plusieurs titres. En

---

<sup>2</sup> Nous reprenons ici le terme de « scène » à Quéré (1992 : 77) dans sa distinction entre sphère et scène publique.

premier lieu, il s'agit là d'une vision naïve et idéalisée des rouages de la communication publique. Ensuite, nombre de thématiques qui font ou qui peuvent faire problème ne sont pas publicisées.

La dynamique de construction et de réception de ces questions publiques ne peut donc être restituée uniquement par une analyse de contenus médiatiques. L'intérêt général se mesure moins à l'échelle de sa généralité qu'à sa capacité à être reconnu comme un intérêt défendable. Le passage d'une question sociale à une question publique se joue ainsi dans le jeu d'étiquetage et dans la capacité des différents acteurs à faire admettre et reconnaître leur définition de la question. Il s'agit de rendre sensibles et dicibles des thèmes pour le plus grand nombre, particulièrement pour les thématiques de santé.

Ainsi, l'étude des phases d'émergence de trois pathologies dans l'espace public, telles que les allergies respiratoires, la maladie d'Alzheimer et le cancer a révélé que les opérations de sélection et de focalisation servent à déclencher et à maintenir l'attention publique. Il apparaît que pour être défini et inscrit dans une action de publicisation, un groupe particulier doit en assumer la charge et celui-ci doit bénéficier d'une forme de légitimation (reconnaissance). Deux types de reconnaissance émergent : professionnelle et médiatique. En effet, dans le champ de la santé, l'engagement d'une pathologie dans un processus de publicisation revêt des enjeux professionnels qui participent de la reconnaissance à la fois de la question dans l'espace public et de ceux qui en ont la charge. Ainsi, « *la première étape pour pouvoir lancer un processus de publicisation semble être une définition claire de la thématique et admise par tous les acteurs concernés* » (Romeyer 2011 : 19).

La comparaison<sup>3</sup> des trois pathologies que nous avons étudiées fait apparaître trois cas de figure différents que l'on peut relier à trois stades de publicisation. Les allergies respiratoires ne parviennent pas à être définies comme une maladie ni même comme une pathologie. Elles sont qualifiées dans les discours de « gênes » le plus souvent « occasionnelles ». De plus, elles ne bénéficient d'aucune spécialité médicale dédiée et ne constituent donc pas un enjeu professionnel de reconnaissance. Dès lors, elles peinent à trouver des

---

<sup>3</sup> L'ensemble des conclusions sur la comparaison des trois pathologies est issu du programme de recherche collectif « Communication, médias et santé », cluster 14, ERSTU, mené au sein du laboratoire GRESEC, Université Stendhal, Grenoble 3, et du rapport de recherche éponyme écrit par l'auteur, à partir d'un travail collectif de recueil des données.

professionnels prêts à s'engager dans la reconnaissance publique de cette question.

La maladie d'Alzheimer, de son côté, présente un stade intermédiaire de définition (et d'émergence) dans l'espace public. Si les associations de malades et leurs familles sont parvenues à en faire reconnaître l'aspect médical, aucune spécialité ne lui était consacrée, ce qui rendait difficile toute reconnaissance pour les professionnels la prenant en charge. La situation évolue depuis les années 1980 : après la psychiatrie, c'est en gériatrie que les malades d'Alzheimer ont été orientés à partir des années 1980. Les anciens médecins des hospices se trouvèrent ainsi revalorisés socialement et professionnellement en intégrant les unités de gériatrie. Ce qu'il faut noter surtout, c'est l'inscription de la maladie d'Alzheimer dans un acte médical et non plus dans la gestion de la démence. Enfin, avec les premières thérapeutiques dans les années 1990, c'est la prestigieuse neurologie qui prend en charge les malades (Ngatcha-Ribert, 2007). La reconnaissance professionnelle est donc acquise à ceux qui œuvrent médicalement contre la maladie d'Alzheimer. Cette évolution a facilité les engagements individuels et collectifs dans des formes de publicisation. De plus, contrairement aux allergies respiratoires, Alzheimer bénéficie d'une forme d'institutionnalisation de son statut de question publique grâce au plan Alzheimer initié par le président de la République en 2007.

Le cancer représente, lui, la thématique la plus aboutie en termes de labellisation et de publicisation dans notre étude. En effet, la maladie est définie et établie scientifiquement de longue date. L'oncologie est la spécialité médicale qui lui est dédiée (depuis 1988 en France, et reconnue au niveau européen depuis 1997). Depuis 2005, l'Institut national du Cancer regroupe l'ensemble des acteurs scientifiques et associatifs concernés par le cancer. Sa prise en charge médicale est organisée à travers tout le territoire français. En quelque sorte, le plan cancer porté par Jacques Chirac en 2002 est venu parachever la constitution de la pathologie en question publique. Il n'y a plus aucune nécessité pour les malades ou les médecins de se battre pour une quelconque reconnaissance : elle leur est acquise. La question est désormais visible, sa mise en débat est partagée, et une action publique est engagée et pérennisée.

Fig. 1 : Tableau de synthèse de l'analyse comparative

	Groupes particuliers	Appellation	Enjeux de reconnaissance
<b>Allergies respiratoires</b>	Non	Ni « maladie », ni « pathologie », dénommées « gênes occasionnelles »	Aucun Pas de spécialités médicales identifiées
<b>Alzheimer</b>	Associations de malades et leurs famille, (ex: France Alzheimer)  Emergence récente de la thématique au cinéma et théâtre.	Maladie chronique dégénérative	<u>Sociale</u> : prise en charge fin de vie <u>Scientifique et professionnelle</u> : passage de la psychiatrie, à la gériatrie puis à la neurologie <u>Politique</u> : Plan Alzheimer lancé par l'Etat
<b>Cancer</b>	Milliers d'associations de malades ou de recherche Depuis 2004 : Institut national du cancer Portés de longue date par la fiction, le théâtre et les romans.	Le mot Cancer se suffit à lui-même. A atteint une valeur métaphorique pour qualifier un fléau. Oncologie = spécialité médicale depuis 1988	<u>Sociale</u> : prise en charge d'une pathologie élevée au rang de «priorité nationale» depuis 2002 ; 1 famille sur 2 concernée en France <u>Scientifique</u> avec oncologie comme spécialité et prestige d'arriver un jour à éradiquer cancer. <u>Politique</u> : Plan Cancer de J.Chirac renouvelé par ses successeurs

Si la question publique doit être reconnue, il apparaît à l'aune de ces trois exemples que la légitimité – au moins professionnelle – de ceux qui la portent joue également un rôle dans le processus de publicisation. Cette reconnaissance professionnelle stabilise la nomination et la définition de la question, et facilite ainsi le partage par le plus grand nombre de l'idée que cette notion est d'intérêt général. Elle peut être assimilée à une expertise professionnelle, et en l'occurrence scientifique. Cette première phase de labellisation est importante pour pouvoir ensuite continuer la mise en visibilité et entraîner la mise en débat. Notons toutefois que la concurrence entre groupes professionnels existe et que les rapports de force ne débouchent pas systématiquement sur une mise en visibilité ou une configuration publique du problème. Les enjeux et tensions peuvent en effet scléroser le processus et certaines pathologies peuvent rester dans un état de confinement si certains acteurs y trouvent un intérêt. Henry (2007) l'a montré pour l'amiante, c'est le cas aussi des cancers liés aux risques industriels. Ce qui se construit à travers ces rapports de force et les modalités de reconnaissance autres que professionnelle, c'est une véritable expertise sociétale.

Une fois la question sociale avérée, définie et estampillée « publique » pour les différents acteurs concernés, l'enjeu se concentre sur les moyens pour rendre visible cette question et provoquer sa mise en débat.

## 2.2. Créer l'attention publique

Les capacités à se mobiliser et à mobiliser constituent un élément important des phases de publicisation. Nous empruntons ici le terme « d'attention publique » à Cefaï (1996) avec une acception plus large du qualificatif « publique », c'est-à-dire en intégrant les deux sens définis plus haut : ce qui a trait à la chose publique et, ce qui est observable, notoire et visible.

L'attention publique est par définition orientée vers des thèmes qui sont l'enjeu d'opérations de sélection et de focalisation, d'argumentation et de dramatisation qui les hissent à un certain degré de généralité. De fait, la création d'une attention publique demande à la fois une mobilisation d'acteurs s'engageant individuellement ou collectivement dans la publicisation d'une question, et une capacité à capter l'attention du plus grand nombre par le relais notamment des médias.

La publicisation d'une question est ainsi facilitée par la présence d'acteurs civils, regroupés ou non dans des collectifs, et qui engagent des actions collectives diverses : de la simple pétition à la manifestation et jusqu'au mouvement social. Les différents acteurs se retrouvent alors dans des collectifs aux statuts variés: des associations (de victimes, humanitaires, caritatives, professionnelles), des agences (professionnelles ou administratives), des groupes d'intérêt, des communautés religieuses, des organisations syndicales, des partis politiques, des réseaux sociotechniques, *etc.*

De ce point de vue, la comparaison des trois pathologies précédemment évoquées sur une décennie a bien mis en évidence l'importance de l'existence de « lanceurs d'alerte » ou d'acteurs s'engageant dans la publicisation d'une question. Ainsi, l'association France Alzheimer ou la Fondation Médéric ont su se mobiliser et mobiliser pour la maladie d'Alzheimer. La publicisation de cette dernière a bénéficié par ailleurs de la volonté de personnalités qui ont rendu publique leur maladie (c'est le cas de l'actrice Annie Girardot en France). Le cancer, de son côté, connaît de nombreux lanceurs d'alerte (personnalités, association, un institut national, *etc.*) à toutes les échelles du territoire. C'est le

cas notamment des associations nationales comme l'Arc ou la Ligue contre le cancer, mais aussi d'une multitude d'associations régionales ou engagées par rapport à un type de cancer, présentes sur tous les supports et même au cœur des établissements de soins. Il existe un tissu très dense d'associations ainsi qu'un véritable maillage territorial opéré par les différents organismes publics comme les cancéropôles ou les Offices départementaux de lutte contre le cancer (Romeyer 2008). Si la présence de ces acteurs collectifs est importante pour la publicisation, pour autant, ils ne pré-existent pas – en dehors des structures institutionnelles - aux questions publiques. Ils se constituent eux-mêmes dans des agencements d'actions à travers leur confrontation les uns aux autres, en relation avec des objets et à des institutions, à des discours et à des pratiques.

La publicisation d'une question entraîne donc la publicisation d'un groupe d'acteurs et une forme de reconnaissance. La mobilisation éventuelle d'acteurs collectifs ou individuels a plus de chances de s'installer dans l'espace public si des controverses l'accompagnent. C'est, en partie, ce qui explique qu'Alzheimer ne soit pas tout à fait publicisée alors que le cancer l'est pleinement. En effet, la maladie d'Alzheimer ne connaît pas de débats ou de controverses - qu'elles soient de nature politique ou scientifique - qui permettraient de produire plus d'informations vers le grand public et de faire émerger plusieurs enjeux publics. *A contrario*, plusieurs controverses ont agité soit le traitement de certains cancers, le risque de maladie, soit les différents acteurs concernés tels que les antennes relais, la légitimité du premier président de l'INCa, David Khayat, l'utilisation de l'amiante, *etc.* Quant à la lutte contre le cancer, elle connaît également des controverses politiques : le plan cancer de Jacques Chirac est sujet à débat (Lafon et Romeyer 2008), en raison de l'utilisation communicationnelle de ce que nous avons qualifié de cause légitimante. La caractéristique de ces causes étant de ne pas permettre d'opposition, le bénéfice communicationnel était évident pour un président élu dans des conditions particulières en 2002. Par la personnalisation de cette action en faveur de ces causes, s'opérait tout autant un travail sur l'image du président. Des controverses sociales ont également émergé à propos du cancer, notamment avec les problèmes rencontrés par les malades au niveau de leur travail ou vis-à-vis des banques, *etc.*

De telles controverses ont contribué à faire exister la thématique à la fois scientifiquement, politiquement et médiatiquement. La publicisation par la

controverse a surtout favorisé une diversification des discours jusque-là « banalisés » sur la maladie, c'est-à-dire normalisés par la répétition d'un même type de discours (Romeyer 2008). La même conclusion peut être faite sur les questions relatives aux allergies respiratoires et de la maladie d'Alzheimer. Une diversification des discours est observée avec des aspects scientifiques et publics désormais complétés par une « socialisation » (Romeyer 2008 : 10), c'est-à-dire les éléments plus sociaux et humains de la maladie, et une « transversalisation » (Romeyer 2008 : 27) de la thématique, c'est-à-dire le fait que la notion soit désormais transversale aux différentes rubriques du journal.

La distribution de l'attention publique étant inégale et sélective, les acteurs, pour faire connaître et reconnaître les préjudices qu'ils condamnent ou les revendications qu'ils avancent, entrent en concurrence en vue d'imposer la publicisation de leur question aux dépens d'autres. Les conflits autour de la formulation des définitions, de la pertinence des arguments, de la vraisemblance des dénonciations, se redoublent de conflits entre acteurs collectifs pour se constituer une aire de visibilité et d'audience. Des conflits s'engagent par conséquent autour de l'occupation de supports de publicisation et de la mobilisation des médias. La mise en visibilité de nouveaux acteurs peut parfois interroger les plus anciens. Ainsi, si la Ligue contre le cancer se félicite de la création de l'INCa, de l'importance prise par la lutte contre le cancer, elle n'en cherche pas moins à se (re)positionner. La Lettre du Président<sup>4</sup> du 26 février 2006 s'interrogeait par exemple ouvertement : « *Quelle est la place de la ligue aujourd'hui avec l'arrivée de nouveaux arrivants : l'INCa, les cancéro-pôles, les pôles régionaux de cancérologie, les plans régionaux de Santé quotidienne : il ne faut pas attendre qu'on vous donne toujours votre place, il faut parfois aller la chercher quand elle est légitime. Quand on l'a, il faut parfois la défendre*<sup>5</sup> ».

La profondeur historique du corpus est ainsi riche d'enseignements pour l'étude du rapport au temps de l'espace public. À la fragmentation et donc à la disparité thématique de l'espace public, s'ajoute ainsi la variabilité dans le temps. L'hypothèse de l'existence de stades de publicisation - incarnés par les trois pathologies étudiées - a pu être bien vérifiée sur une décennie.

---

<sup>4</sup> Newsletter de la Ligue à diffusion interne, signée par président de l'association.

<sup>5</sup> *La Lettre du Président* n°86, Février 2006.

### **2.3. Déclencher ou modifier l'action publique**

La façon dont l'action publique se déclenche et les modalités de sa mise en œuvre est un autre facteur de publicisation. Le rapport entre médiatisation et action publique est fluctuant : dans certaines situations, la médiatisation entraîne l'action publique. Il en va ainsi quand les questions posées dans les espaces publics partiels parviennent à un certain niveau d'expression médiatique, elles commencent alors à interroger les pouvoirs publics. La judiciarisation et le travail des associations constituent deux leviers importants de cette expression médiatique, comme l'ont montré par exemple les cas de l'amiante et de la maladie d'Alzheimer. Dans d'autres situations, l'action publique, lorsqu'elle est intense et plus ou moins soudaine, peut modifier la forme et le volume de la médiatisation d'une question. C'est ce que l'on observe à propos du plan cancer initié par Jacques Chirac (Romeyer 2008). Enfin, dans certains cas, action publique et médiatisation sont réduits au minimum. Ainsi, la question des allergies respiratoires n'a déclenché ni attention, ni action publique. Elle se réduit à un « marronnier » médiatique au moment de la pollinisation et des pics de pollution. Après avoir poursuivi l'étude comparative des trois pathologies sur dix ans, nous pouvons établir que les allergies respiratoires constituent une thématique qui n'a pas émergé dans l'espace public et qui représente le processus de publicisation le plus faible.

La maladie d'Alzheimer, qui représente un degré intermédiaire de publicisation, connaît une action publique plus franche, mais également moins cohérente que celle portant sur la question du cancer. Il s'agit bien d'une question publique reconnue, mais le message public est en quelque sorte brouillé par la persistance à vouloir traiter le sujet d'abord comme un problème économique en lien avec les personnes âgées et leur autonomie (plutôt que comme un problème médical). Nous avons ainsi constaté que les discours étaient portés prioritairement par les secrétariats d'État aux personnes âgées ou celui de la famille afin de souligner le coût de la prise en charge. Dès lors, l'action publique est importante, notamment en termes législatifs, mais elle est desservie par une communication publique floue et par un engagement présidentiel qui souffre de la comparaison avec l'action du précédent Président à propos du cancer. De plus, contrairement à l'INCa qui a associé les scientifiques à l'action publique, le plan Alzheimer a tenu les scientifiques à l'écart de sa

mise en œuvre. Le problème que rencontre le processus de publicisation est celui de l'hésitation de l'action publique sur les objectifs et le ministère de tutelle. S'agit-il d'œuvrer à la prise en charge de la lutte contre la maladie d'Alzheimer ou de mettre en place un dispositif de gestion des personnes âgées et de la dépendance ? Pour l'État français, la maladie d'Alzheimer est moins un problème médical ou scientifique qu'un problème économique.

*A contrario*, le cancer est le cas qui a vu la mise en place de l'action publique la plus importante et la médiatisation la plus aboutie en termes de volume et de diversification. L'aspect novateur de l'action publique est double : d'une part par les modalités d'action et de financement du plan, et, d'autre part, par l'engagement fort et personnel du président de la République. Surtout, l'action publique a organisé la collaboration de l'ensemble des acteurs en associant les agences de recherche, les scientifiques et les associations au sein même de l'institut national créé à cet effet. Une telle action publique est à la fois volontaire et claire. Elle est portée par un Président de la République ou un ministre, avec un seul ministère concerné (celui de la santé), un financement conséquent et accompagnée d'une importante communication publique autour du plan cancer 2002-2005 : spots tv, site Internet dédié (e-cancer), discours politiques, presse nationale, presse régionale, *etc.* La conclusion qui s'impose est celle d'un processus de publicisation abouti. Pour autant, il ne s'agit pas d'un état figé. On note ainsi que la publicisation du cancer se relativise à partir de 2006-2007 (avec conjointement la fin du plan Chirac et le début de l'action sur Alzheimer). Ce relatif effacement se traduit par une médiatisation moins importante, par des interventions ou annonces publiques qui s'estompent et par une certaine discrétion des associations sur la scène publique. Cela pourrait être révélateur du caractère évolutif et non définitivement acquis du processus de publicisation et des effets de concurrence au sein de l'espace public.

Le processus, qui amène une question à être qualifiée de « publique » et reconnue comme telle, est donc long et complexe. Toutes les facettes que revêt le terme « public » sont concernées et interagissent entre elles. La médiatisation ne saurait à elle seule constituer la publicisation. Trois éléments, moins cloisonnés que ne le laisse penser cette présentation, sont en interaction permanente :

- la définition et la reconnaissance « publique » d'une question, reconnue d'intérêt général et devant être traitée publiquement ;

- la mise en intrigue opérée par des collectifs divers et qui peut prendre un ton alarmiste pour créer l'attention ;
- l'action ou la réaction des pouvoirs publics.

Le procès de publicisation se joue dans le passage de l'un à l'autre de ces éléments et les rapports qui s'instituent entre eux, c'est-à-dire dans un jeu de cadrages et de re-cadrages successifs de la question publique. Ceux-ci sont révélateurs de rapports de force complexes et se soldent par des phénomènes de reconnaissances à la fois professionnelle et médiatique. Or, le processus de publicisation entraîne une multiplication des acteurs comme des thématiques en débat. Ces acteurs, en recherche tant de visibilité que de légitimité, développent des stratégies différenciées qui exacerbent les aspects concurrentiels des espaces publics partiels. Dès lors, le degré ou le stade de publicisation est modulable dans le temps. Non seulement le processus de publicisation progresse de champ à champ, mais le degré de publicisation d'une question évolue dans le temps. Cette conclusion introduit l'idée d'espaces publics partiels non pérennes.

### **3. La médiatisation et ses caractéristiques contemporaines**

A partir des données de l'Institut National de l'Audiovisuel, l'étude de l'évolution de la présence des questions de santé à la télévision nous autorise à proposer quelques grandes tendances de la médiatisation des questions de santé, et à questionner les liens qu'entretiennent médiatisation et publicisation.

#### **3.1. Une médiatisation généralisée et complète**

La première remarque qui s'impose sur la médiatisation de la santé est son importance quantitative et sa répartition sur l'ensemble des supports. La santé est ainsi présente à la fois dans les grands médias généralistes (presse d'information générale, télévision, radio), sur les supports spécialisés (presse magazine spécialisée, émissions spécialisées, presse professionnelle) et sur internet. Les discours médiatiques sur les questions de santé sont donc diversifiés qualitativement et importants quantitativement.

Trois grands types de discours sur la santé dans les médias d'information générale sont repérables : les discours scientifique, public et sociétal. Le discours le plus ancien sur la santé (circonscrite alors au domaine de la

médecine) est le discours scientifique, en lien avec la tradition de vulgarisation des sciences. L'objectif est de relater les différents progrès médicaux ou les dernières grandes découvertes. Le discours scientifique est la plupart du temps pris en charge par des médecins-journalistes ou des scientifiques-journalistes. Ce type de discours est toujours présent mais son importance tend à s'effacer au fur et à mesure que la santé remplace la médecine, entraînant son autonomisation du champ scientifique (Romeyer 2008 : 63-64).

La deuxième dimension discursive présente est la dimension publique et politique. Sa présence et son importance sont liées au statut de la santé en France. En effet, si la maladie (le vivre avec) est du domaine privé et renvoie à des aspects médicaux et scientifiques, la prise en charge de la santé, les politiques et l'organisation de la santé sont, en France, publiques. Dès lors, les différents organismes et agences publics, les responsables politiques communiquent et sont relayés par les médias. Les alertes, les décisions politiques, les plans, les lois, les mesures pour réduire le coût de la santé, *etc.* sont annoncés et commentés abondamment dans les médias donnant au discours sur la santé une coloration politique et publique. L'existence de ce deuxième grand type de discours permet aussi à la santé de gagner les pages politique et économique des grands quotidiens nationaux, et d'être servie par des journalistes professionnels et non plus uniquement par des journalistes-médecins. En cela nous pouvons parler de transversalisation (Romeyer 2008 : 27-28).

Enfin, à partir de la fin des années 1980, en raison de la multiplication d'affaires et de scandales, mais aussi par le développement de l'expression des malades, un discours plus social sur la santé émerge dans les médias généralistes. Les malades font ainsi leur apparition dans les émissions de télévision et leurs témoignages se multiplient également dans la presse. Le développement de l'expression testimoniale, l'émergence des récits de vie interrogent les modalités de l'utilisation des témoignages, notamment à la télévision. Pour la télévision, ces trois discours peuvent se lire à travers l'évolution des émissions où il est question de santé. On note ainsi qu'après les premières *émissions médicales (Sciences d'aujourd'hui)* dans les années 1970-80, la santé est abordée dans des *émissions dites de société (Ça se discute)* dans les années 1980-90. Puis, sous l'effet de mutations structurelles de l'industrie de la télévision et de ses audiences, un troisième type d'émission voit le jour : des

*émissions dites de santé (Le Magazine de la santé)*, sorte d'hybridation des deux autres. Comme le montre le tableau qui suit, l'utilisation des témoignages dans ces émissions illustre parfaitement le passage des émissions médicales aux émissions de santé par un phénomène d'hybridation des dispositifs entre émissions spécialisées et émissions de société (Romeyer 2007).

**Fig. 2 :** Utilisation du témoignage à la télévision, de l'illustration à l'argument<sup>6</sup>

	<b>Acteurs</b>	<b>Ligne éditoriale</b>	<b>Ton</b>	<b>Image de la science</b>	<b>Valeur du témoignage</b>
<b>Émissions médicales</b>	Médecins Scientifiques Journalistes	Informative Scientifique	Consensuel	Positive Optimiste	Néant
<b>Émissions de société</b>	Malades Association Animateurs	Empathie Divertissement	Compassionnel Polémique	Négative Les échecs de la médecine	Argument
<b>Émissions de santé</b>	Médecins Malades Journalistes	Informative Empathie	Critique	Au travail pour des malades en souffrance Nécessité d'aboutir	Illustration

Ainsi, l'évolution de la valeur du témoignage met parfaitement en exergue une des modalités de construction de l'expertise. Désormais, le malade est expert de sa maladie et l'assume à travers le développement des récits de vie. Et cette expertise accède au rang d'argument.

Outre le volume et la coexistence de trois types de discours, la diversification du traitement médiatique constitue le troisième élément caractéristique de la médiatisation de la santé. Plus une pathologie est à un stade avancé de publicisation, plus les discours sont diversifiés et plus ils sont présents simultanément et de façon équitable. Pour le cancer, les différents types de discours sont présents sur l'ensemble de la décennie, attestant de l'ancienneté de la mise en visibilité de la thématique. La répartition est même parfaite durant trois années (2001 à 2003) période durant laquelle chaque type de discours représente au moins 10% de l'univers discursif du cancer. Cette répartition atteste de la mise en débat de la thématique et de la pluralité d'acteurs y prenant part. Le cancer connaît donc une visibilité médiatique quantitativement attestée. Si celle-ci est assurée sur toute la période, la pluralité et la mise en débat ne se vérifient qu'entre 2001 et 2003. La prégnance d'une thématique dans l'espace

<sup>6</sup> Tableau extrait de Romeyer (2007 : 64).

public n'est donc pas figée mais elle évolue dans le temps. Concernant Alzheimer, la dimension scientifique est la plus présente jusqu'en 2000, puis la dimension publique prend le dessus très nettement et a même tendance à évincer les autres types de discours. Les années 2004 puis 2006 à 2008 révèlent un discours médiatique complet, c'est-à-dire avec une représentation de l'intégralité des types de discours. Nous avons donc bien une émergence en cours dans l'espace public, marquée par une mise en visibilité importante mais une diversification des discours (et donc des acteurs) encore timide, ce qui signifie que la mise en débat n'existe pas encore. Enfin la médiatisation des allergies respiratoires est réduite à son expression la plus simple : celle d'un « marronnier » pour l'ensemble des médias généralistes, ce qui atteste d'une publicisation non encore engagée.

L'importance du rôle des médias dans la publicisation des questions, et plus précisément des formes de mobilisation, est partagée par les différents acteurs. Ainsi, Arlette Meyrieux de l'association France Alzheimer souligne avoir « *de plus en plus de contacts avec la presse écrite (...)*. Et précise : « *Il y a encore pas longtemps, on nous appelait pour obtenir les coordonnées d'un neurologue. Aujourd'hui, c'est nous qui sommes interviewés*<sup>7</sup> ». Dans la plupart des cas, œuvrer à la publicisation d'une thématique participe de sa propre publicisation et de formes de reconnaissance professionnelle et personnelle. De fait, pour entretenir l'attention publique et s'assurer du leadership en matière de visibilité, un artifice est couramment utilisé : la notion de risque.

### 3.2. État de crise permanent

Dans le champ de la santé, la focalisation sur des « affaires » ou des « scandales » depuis les années 1990 amène un état de crise sanitaire quasi permanent. La fin du XX<sup>ème</sup> siècle est en effet marquée par plusieurs esclandres, ce qui induit des questions nouvelles dans l'approche des crises et la volonté de les gérer. Ainsi, la France se dote, avec les lois du 1<sup>er</sup> juillet 1998 puis du 9 mai 2001<sup>8</sup>, d'un véritable dispositif de gestion de la sécurité sanitaire. Celle-ci s'organise désormais entre plusieurs agences dans le domaine du médicament

---

<sup>7</sup> Entretien réalisé dans le cadre du programme « Communication, médias et santé », le 6 avril 2010 (Romeyer 2011).

<sup>8</sup> La loi du 1er juillet 1998 est relative au « renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme » et la loi du 9 mai 2001 crée une « Agence française de sécurité sanitaire environnementale ».

(Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé), de l'alimentation (Agence française de sécurité sanitaire des aliments), de l'environnement (Agence française de sécurité sanitaire environnementale) et de surveillance de l'état de santé de la population (Institut de veille sanitaire). Cette prolifération d'agences plus ou moins reliées à la gestion de crises potentielles s'inscrit dans un contexte de « culture du risque » (Le Breton 2012). Depuis les années 1980, l'utilisation de la sémantique du risque s'est développée chez tous les acteurs : politiques, scientifiques, activistes, etc. Tout est risque et il s'agit désormais de l'anticiper et de le gérer. Pour autant la notion n'est pas sans poser question.

La notion de risque est utilisée dans de nombreux domaines d'activités (finance, médecine, assurance, ingénierie, politique, *etc.*) où elle recouvre des significations différentes. En sécurité civile<sup>9</sup>, elle implique la présence de deux éléments fondamentaux, l'aléa et la vulnérabilité. L'aléa désigne la probabilité que surviennent un évènement ou un phénomène pouvant engendrer des dommages (sécheresse, accident industriel, *etc.*) ; la vulnérabilité représente la prédisposition à subir des préjudices ou dommages engendrés par un évènement aléatoire. Le risque résulte donc de l'interaction entre un aléa et la vulnérabilité du milieu exposé (personnes, habitations, activités économiques, *etc.*) et implique la potentialité de dommages ou de préjudices. Appréhendé sous cet angle, le risque apparaît comme un danger probable, un « aléa anticipable » (Lascoumes 1993), qui peut donner lieu à des mesures et à des calculs probabilistes. Le risque et la sécurité sont deux notions très présentes dans les discours médiatiques et politiques en France depuis les années 1980. Appliquée au champ de la santé, la notion de risque devient l'outil organisateur des politiques de santé publique. Ce que nous souhaitons souligner ici, c'est l'emboîtement entre un contexte de crise sanitaire basé sur nombreuses affaires politico-sanitaires, l'opération de « mise en risque » de la santé à des fins de publicisation et les modalités d'une médiatisation où la prégnance de l'épidémiologie a fait émerger des expressions telles que « facteurs de risque » ou « comportements à risques ». Un état de crise sanitaire, réel ou entretenu, associé à la mise en risque des politiques de santé publique, sert ainsi une

---

<sup>9</sup> L'article 1 de la loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile définit que « la sécurité civile a pour objet la prévention des risques de toute nature, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes par la préparation et la mise en œuvre de mesures et de moyens appropriés relevant de l'Etat, des collectivités territoriales et des autres personnes publiques ou privées.»

médiatisation particulièrement entretenue par la multiplication de discours alarmistes.

Les différents dossiers sanitaires de la fin du XX<sup>ème</sup> siècle et du début du XXI<sup>ème</sup> ont contribué à ce que l'on associe la notion de crise à l'émergence et la médiatisation dans l'espace public de problèmes nouveaux. Plusieurs éléments concourent à cette éclosion des crises sanitaires par médias interposés. Tout d'abord, la multiplication des controverses scientifiques (trait typique de la société du risque selon Ulrich Beck) et les succès des « lanceurs d'alerte » (Chateauraynaud et Torny 1999) qui entretiennent l'idée de crise. En tentant de mieux anticiper les situations critiques, la société française est en état de crise sanitaire quasi permanent, ce qui dilue celles-ci dans le temps. Les crises commencent avant et se poursuivent après les épisodes de pandémie. Cela est bien illustré par le cas de la grippe H1N1 : en France la phase d'alerte pré-pandémique a été déclenchée dès avril 2009, soit 5 mois avant que l'épidémie n'atteigne réellement le pays, et, en mai 2011, le gouvernement publiait encore un « point sur la situation épidémiologique » de la grippe H1N1<sup>10</sup>.

Outre l'état de crise, les actions en justice – courantes dans ces dossiers sanitaires – révèlent au grand jour les intérêts particuliers et notamment marchands du champ sanitaire et construisent une image du « scandale » par dessus celle de crise. Si la question de la responsabilité a émergé dans le débat public c'est parce que des actions en justice ont été entreprises. En France, ces actions ont concerné, pour l'essentiel, les décideurs publics. Enfin, la médiatisation, centrée sur les uniques aspects de scandale ou d'affaire (Marchetti 2010), ancre durablement l'idée d'une crise sanitaire quasi permanente.

Pour le sens commun, une crise est la situation dans laquelle une menace de grande ampleur surgit brusquement et bouscule tout sur son passage, créant de la confusion. Pour autant, bon nombre de ce qui est présenté comme des crises sanitaires contemporaines n'ont provoqué aucune hécatombe (l'eau Perrier ou la vache folle par exemple). Si l'urgence est un élément constitutif de toute crise, c'est moins une urgence imposée par l'événement (flambée épidémique, catastrophe naturelle, anomalie climatique) qu'une urgence déclenchée par les acteurs sociaux, y compris les institutions.

---

<sup>10</sup> Source : <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr>

C'est une caractéristique des crises sanitaires que de devenir un risque social, économique et politique par-delà et au-delà le (du) sanitaire. Pour poursuivre l'exemple de la grippe H1N1, le plan gouvernemental de prévention et de lutte « Pandémie grippale » a été élaboré sous l'égide du secrétariat général de la défense nationale. Depuis 2006, la gestion gouvernementale de la grippe prévoyait que la conduite des opérations de l'action gouvernementale serait transférée du ministère de la santé vers celui de l'intérieur, « dès lors que les questions de sécurité civile, d'ordre public ou de continuité de la vie collective deviennent prédominantes »<sup>11</sup>.

Gérer la crise ne se réduit donc plus à gérer des secours, mobiliser et coordonner des moyens ou informer. Les crises sanitaires obligent les autorités et leurs experts à faire preuve d'une grande réactivité. Ils doivent appréhender la crise dans ses dimensions techniques, scientifiques et organisationnelles, mais également anticiper la possible éclosion d'affaires ou de scandales résultant en partie de la médiatisation et de la juridicisation des problèmes. Dès lors, la gestion des crises est devenue inséparable d'un traitement de la part politique qu'elles comprennent, en raison de la prégnance de la notion de risque et du devoir de sécurité des citoyens qui incombe aux autorités.

### 3.3. Mise en risque

Un processus de « mise en risque »<sup>12</sup> a été mis au jour par différents travaux. Cette expression recouvre l'opération par laquelle un danger est transformé en risque. Les causes peuvent être identifiées, la probabilité qu'un risque survienne peut être calculée et des dommages éventuels peuvent être évalués. Le rôle de la communication des pouvoirs publics vise notamment à éduquer, à sensibiliser les populations et à accompagner les actions préventives. Néanmoins, avec l'émergence de nouveaux dangers, cette manière traditionnelle de gérer les risques a été bousculée. Gilbert (2002) décrit ainsi trois phases de rupture en matière de gestion des risques :

- à la fin des années 1970, c'est l'introduction de la notion de « risques majeurs » (Lagadec 1981) dans le domaine des risques industriels. Les secteurs du nucléaire ou de la chimie avec les catastrophes ou accidents

---

<sup>11</sup> Extrait du plan gouvernemental de prévention et de lutte « pandémie grippale », secrétariat général de la Défense nationale, n°1700/SGDN/PSE/PPS du 6 janvier 2006, p.9.

<sup>12</sup> Expression introduite par Ewald (1986) et citée par Gilbert (2003 : 57).

comme ceux de Three Mile Island, Tchernobyl ou l'usine AZF de Toulouse en fournissent des exemples concrets.

- Au cours des années 1980-1990, les risques liés à la gestion des problèmes de santé publique apparaissent. Ils mettent en exergue les vulnérabilités propres au système de santé français. A cet égard, l'épidémie du Sida a été à l'origine de ruptures dans l'approche de la gestion des risques. Une remise en cause de la « *compétence du corps médical, des experts scientifiques et, au-delà, de la capacité de l'administration et des autorités politiques à assumer leurs fonctions et responsabilités* » (Gilbert 2002 : 116) s'est imposée ;
- à la fin des années 1990, des ruptures encore plus nettes apparaissent avec l'émergence de dangers marqués par de fortes incertitudes comme ceux liés aux OGM, à la téléphonie mobile ou aux pollutions environnementales. Ces dangers menacent la santé et suscitent des situations de crises où les acteurs économiques, les politiques et les professionnels de l'expertise se trouvent en difficulté.

Aussi, certains auteurs ont-ils fait du risque un élément constitutif des sociétés. Giddens (2007 : 15) souligne que les sociétés sont aujourd'hui confrontées à des risques créés par l'homme, lesquels ont supplanté les risques naturels. Beck surenchérit en insistant sur le fait que les sciences sont confrontées aux problèmes qu'elles causent : « la science devient *cause (partielle), médium de définition, et source de solution* des risques » (Beck 2001 : 341). Il y a donc, depuis les années 1980, une prégnance de la notion de risque, qui s'applique à un nombre croissant de domaines, et notamment à celui de la santé qui est, de surcroît, marqué par la multiplication des affaires politico-sanitaires. Un tel contexte sécuritaire et la recherche du risque concourent à mettre en accusation des facteurs de risques dans un premier temps, puis des comportements à risques.

La volonté de contrôler le développement apparent des risques sanitaires a accompagné l'expansion des études épidémiologiques. En se basant sur ce qu'on a appelé la « transition épidémiologique », c'est-à-dire la résorption de la mortalité imputable aux maladies infectieuses et l'accroissement de celle due aux maladies dites « chroniques dégénératives », les épidémiologistes ont mis en accusation nos « styles de vie » (Berlivet 2000). Les techniques de prévention classiques (vaccination, hygiène, *etc.*) n'ayant pas de prises sur ces

comportements, il fallait persuader le plus grand nombre de changer de style de vie. L'élargissement du champ de l'épidémiologie aux maladies chroniques dégénératives et sa refondation disciplinaire autour des techniques d'objectivation statistiques ont profondément transformé le champ de la prévention à travers une re-problématisation dans les catégories du « risque ».

Certaines manières de vivre sont décrites comme des vecteurs de comportements à risques ou jugées anormales. L'effort de la politique publique de santé va consister à tenter de ramener ce pourcentage de comportements « déviants » au niveau le plus faible possible. À partir de ce qu'on identifie comme les causes sociales du phénomène jugé indésirable, les spécialistes de la prévention et de la communication publique vont rechercher des leviers symboliques dans les représentations qui sous-tendent les pratiques « à risques » pour tenter d'en renverser la balance et, ce faisant, promouvoir « un style de vie plus sain ». C'est ainsi qu'émergent les « images sociales » du buveur, du fumeur, du malade en chimiothérapie, *etc.*

Puisque les comportements à risques sont mis en accusation, désormais, l'objectif de l'ensemble des acteurs est de persuader les Français de la nécessité d'adopter d'autres comportements, les rendant individuellement responsables. Que ce soit le tabac, l'alcool, la nutrition, il s'agit de risques individuels liés à des choix individuels eux-mêmes remis en question. Il en va ainsi du cancer des poumons désormais appelé cancer du fumeur : « *Cancer des fumeurs, de plus en plus de victimes* », dans *Le Monde* du 3 février 2002 par exemple. De même, *Le Figaro* du 29 novembre 2004 précise à propos du décès de Philippe De Broca qu'il s'agit « *des suites d'un cancer du fumeur* ».

L'étude de ces expressions, souvent accompagnées de formes de responsabilisation individuelle nous amène à mobiliser les travaux de Michel Foucault. Le philosophe fait une distinction entre les « disciplines » et ce qu'il désigne comme « *des dispositifs de sécurité* » (Foucault 1978). Dans le cas des dispositifs de sécurité, à la différence des mécanismes disciplinaires, il est vain de prétendre édicter une norme (la santé, le sain, *etc.*) qu'il s'agirait ensuite d'imposer. Au contraire, la caractéristique de ces dispositifs résiderait dans leur capacité « [à] *prendre appui sur le processus même (...) sur la réalité du phénomène, de ne pas essayer de l'empêcher, mais au contraire de faire jouer en rapport à lui d'autres éléments du réel de manière que le phénomène*

*s'annule et en quelque sorte s'annule de lui-même* » (Foucault 1978 : 17). Et l'auteur de préciser :

« Dans les disciplines, on parlait d'une norme, et c'est par rapport à ce dressage effectué par la norme que l'on pouvait ensuite distinguer le normal de l'anormal. Là, au contraire, on va avoir un repérage des différentes courbes de normalité, et l'opération de normalisation va consister à faire jouer les unes par rapport aux autres ces différentes distributions de normalité, et de faire en sorte que les plus défavorables soient ramenées à celles qui sont le plus favorables » (Foucault 1978 : 24).

De cette première distinction opérée par Michel Foucault entre « dispositifs de sécurité » et « mécanismes disciplinaires » découle une seconde opposition, relative à l'actualisation de la relation au pouvoir. Tandis que le projet disciplinaire vise à établir un dispositif agissant « de l'extérieur » sur un sujet, un dispositif de sécurité ne peut s'instituer qu'à la condition de faire jouer « de l'intérieur » certains aspects du phénomène considéré, de manière à neutraliser les plus délétères. C'est pour cette raison que l'axe pertinent de la discipline est « l'axe du rapport souverain-sujet », tandis que la sécurité s'obtient par un mouvement interne à la population considérée. C'est exactement ce à quoi travaillent les concepteurs des « messages de prévention » : à partir de ce qu'ils identifient comme les causes sociales du phénomène jugé indésirable, ils cherchent des leviers symboliques dans les représentations qui sous-tendent les pratiques « à risque », et souhaitent promouvoir un style de vie plus sain. Il s'agit désormais d'amener la population à évoluer sur tel ou tel « comportement à risque » et de l'aider ainsi à acquérir un plus haut niveau d'auto-contrôle. Chacun est responsable de sa santé :

« les stratégies de santé publique produisent du contrôle et de l'auto-contrôle grâce à une culture de la responsabilité. Il faut être responsable pour soi-même en évitant les comportements « à risque ». Il faut être responsable pour les autres en ne les exposant pas à ces risques » (Razac 2006 : 10).

Auto-contrainte et accomplissement de soi vont donc de pair et, en rupture avec la logique des dispositifs disciplinaires, la prévention vise désormais à aider les individus à trouver la motivation nécessaire pour se libérer des pratiques « à risques ».

« Au lieu de rappeler à l'ordre des individus infantiles oublieux des nécessités de l'ordre biosocial, il convenait désormais d'éveiller des acteurs dotés d'autonomie, à leurs potentialités. Et il fallait tous les convaincre de ce qu'une vie saine, libérée de l'emprise de comportements pathogènes, n'est pas moins pleine et entière » (Berlivet 2004 : 51).

Néanmoins, cette imputabilité peut être remise en cause. D'une part, elle ne peut être mise en avant pour toutes les pathologies ; d'autre part, la pertinence de l'édition de facteurs ou de comportements à risque est problématique pour les individus qui se trouvent ainsi plus culpabilisés que responsabilisés. Les spécificités prises par la communication autour des politiques de santé invitent à les penser également en termes de régulation du social. La multiplication des dispositifs visant à accroître, sauvegarder ou soigner la population a été identifiée par Foucault comme l'émergence et le développement d'une biopolitique au service du renforcement des États et du maintien de l'ordre social (Foucault 1976). De plus, les institutions de santé ont souvent constitué non seulement des lieux d'acculturation mais aussi de domination des classes populaires, considérées par leur comportement comme ne répondant pas aux normes nouvelles de l'hygiène. Par exemple, les consultations de nourrisson ont été les lieux d'apprentissage des bons soins à prodiguer aux bébés, mais elles ont aussi été dans le même temps des moments de stigmatisation publique des mères (Rollet 1990). Les bureaux municipaux d'hygiène, qui se multiplient en France à partir des années 1880 surveillent non seulement la régularité des vaccinations des enfants, mais instaurent aussi des conférences médicales dans les écoles afin d'éduquer les parents. La dimension sociale du développement des dispositifs liés à la santé publique ne peut donc être ignorée (Bourdelaïs 2003) et une réflexion sur les mutations des discours de prévention, la mobilisation de la notion de risque et les formes de responsabilisation, à partir des travaux de Foucault reste à mener.

### **3.4. L'imposition de discours**

En faisant entrer des éléments la vie biologique dans la politique, les actions et les discours en matière de santé publique se sont multipliés. De tels discours établissent une sorte de référent commun par un phénomène de mémoire discursive (Sophie Moirand 2007) qui se construit par la répétition de certains thèmes, voire une focalisation sur ceux-ci comme les comportements à risques, les risques, les crises sanitaires, la prévention, *etc.* De la sorte, un cadre de lecture – consciemment ou pas - se crée autour de thématiques plus ou moins reliées à la santé mais n'ayant pourtant que peu de rapport (vache folle, cancer, sang contaminé, sida, Grippe A, *etc.*). « Les discours médiatiques par la constitution d'univers de référence construisent par sédimentation une mémoire,

un référentiel commun » (Moirand 2007 : 5). Tout cela vient tour à tour conforter ou combattre des *habitus* anciens en jouant sur des mécanismes d'autocontraintes. « Ces faits divers devenus politiques, sont même des faits de mémoire collectifs auxquels on fait appel et que l'on rappelle constamment » (Moirand 2007 : 2). En matière de santé, la prégnance de la notion de risque est largement entretenue par les médias. Ainsi, à propos de la couverture médiatique du cancer : 23,58 % en moyenne des articles du journal *Le Monde* entre 2000 et 2005 aborde le cancer en évoquant la notion de risque (Romeyer 2010 : 38).

Les travaux de Luc Berlivet ont montré comment l'importation de la notion « d'image sociale » (du buveur, du fumeur, *etc.*) a modifié les campagnes de prévention. Désormais, pour se réaliser pleinement les individus doivent adopter un style de vie faisant l'économie des « comportements à risques », dangereux pour l'organisme ou aliénant. Ce discours est repris massivement par les médias. Communications publique, politique et médiatique se donnent pour objectif de persuader le plus grand nombre de la nécessité de changer de comportements, responsabilisant chacun individuellement. Ainsi, à propos du discours médiatique sur le cancer, dans le journal *Le Monde*, de 2000 à 2005, la mise en cause de comportements jugés à risque s'accroît chaque année. À l'inverse, les risques collectifs, liés au développement industriel ou énergétique par exemple, ne sont pas concernés par ce discours individualisant et responsabilisant.

Il existe donc un enchaînement conjoncturel entre la prégnance de la notion de crise dans le champ de la santé, le recours à l'épidémiologie statistique (notamment à la notion de risque) et les modalités de médiatisation des questions de santé. Le risque, bien que peu définissable, est devenu une catégorie de discours pour les médias comme pour les hommes politiques sur les questions de santé. Ainsi, des expressions telles que « comportements à risque » ou « facteurs de risque » se multiplient. Il est désormais plus souvent question de risque de santé que de santé tout court. Par ailleurs, les « affaires » sanitaires sont privilégiées. La notion de risque présente deux avantages pour la publicisation de telle ou telle question : elle facilite les controverses scientifiques par son caractère incertain et potentiellement alarmiste. Elle est également facile d'utilisation pour les médias car elle recèle des scoops potentiels et suscite la recherche de scandales ou d'affaires.

La santé, enjeu de société et sujet d'intérêt général, se prête bien aux mécanismes de l'imposition de discours et de normes. En France par exemple,

toute une production discursive sur l'alimentation se développe : trois « plans nationaux nutrition santé » (PNNS) se sont succédés entre 2001 et 2015. Il est intéressant de noter les étapes de publicisation de la thématique à travers ces plans. Ainsi, une analyse de discours informatisée nous révèle que le champ lexical de l'urgence et de l'angoisse prédomine dans le premier plan national. Cette première action publique d'envergure doit en effet légitimer son existence en cherchant à créer le choc et à étiqueter la thématique. Il suffit de lire quelques lignes de l'éditorial signé du ministre de la santé de l'époque, Bernard Kouchner, pour s'en convaincre :

«Pays de la gastronomie heureuse, des restaurants étoilés et des repas dominicaux, la France est aujourd'hui plongée dans l'angoisse et la confusion.

Faut-il désormais sacrifier au tout-puissant principe de précaution le si doux principe de plaisir ?

La rumeur gronde, inquiète, sur les marchés et derrière les caddies : que pouvons-nous encore manger ? Dans le même temps, aux grandes pathologies de carences heureusement presque totalement disparues, succède désormais l'envolée des déséquilibres alimentaires et des pathologies liées à l'excès, que révèle cet inquiétant 12% d'enfants obèses parmi les cinq-douze ans. ... » (Plan National Nutrition Santé 1 : 2)

Une fois le problème public bien installé dans l'espace public, il faut l'y maintenir en tentant de convaincre le plus grand nombre. Le PNN2 déploie ainsi le champ lexical de la conviction. Son rôle est d'assurer l'ancrage de la politique publique en cours de mise en œuvre et de convaincre les Français d'abandonner des comportements jugés à risques, avec les campagnes : « Manger/bouger », « Manger 5 fruits et légumes par jour », « Moins salé, moins sucré ». Labelliser, créer l'attention publique, médiatiser une action publique, nous retrouvons pour l'alimentation les mêmes étapes que pour le cancer ou Alzheimer. Toutefois, à l'imposition de discours vient s'ajouter ici l'édiction d'une norme : la définition du corps sain et, parfois même, du corps beau.

#### 4. Conclusion

L'objectif de ce texte était d'éclairer le fonctionnement du processus de publicisation. Le terme public revêtant une polysémie problématique, cela nous a obligée à décomposer artificiellement le mouvement qui amène une question à devenir publique, c'est-à-dire notoire, visible et ayant trait à l'intérêt général.

Trois étapes semblent nécessaires à la labellisation « publique » de questions jusque-là « sociales » :

- D'abord, les différents acteurs collaborent (consciemment ou non) à une définition commune de la question, permettant qu'elle soit reconnue comme étant d'intérêt général. Ce faisant, la question voit son traitement public acceptable par le plus grand nombre.
- Ensuite, pour créer l'attention publique en rendant visible, une véritable mise en intrigue s'opère, notamment par divers collectifs ou lanceurs d'alerte. Bien que ce ne soit pas l'objectif de leur démarche, ces actions collectives aboutissent à des formes de reconnaissance professionnelle, sociale et/ou médiatique, qui s'avèrent importantes dans l'engagement des processus de publicisation.
- Enfin, l'action de ces collectifs, l'utilisation d'outils comme la mise en risque et le raisonnement en termes de crise assurent une couverture médiatique plus importante. D'abord quantitative, cette évolution du discours médiatique devient qualitative avec une diversification des discours qui va de pair avec celle des acteurs. La diversification du discours médiatique sur une question est un indice important de son degré de publicisation. *In fine* l'action ou la réaction des pouvoirs publics ancre définitivement le caractère public de la question.

Concernant le champ de la santé, en raison de ses spécificités, un enchâssement se produit entre un contexte de crise permanent, une mise en risque des questions de santé et une médiatisation focalisée sur les « affaires ». Dès lors, cette publicisation engendre des modifications de l'objet publicisé lui-même. La définition de la santé et les représentations qui lui sont liées semblent se modifier avec une extension du côté du bien être (« care ») et surtout avec l'introduction de catégories de discours telles que « comportements à risque » ou « facteurs à risque ». Il est de moins en moins question de santé ou de médecine dans le discours médiatique de la santé, et de plus en plus de gestion de crise.

## Références bibliographiques

- BEAUD, Paul (1986), « Médias, médiations et médiateurs dans la société industrielle ». Thèse de doctorat d'État en sciences de l'information et de la communication, Grenoble, Université Stendhal.
- BECK, Ulrich (2001), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- BERLIVET, Luc (2000), « La santé publique face aux accusations de moralisme », dans A. GARRIGOU (dir.), *La santé dans tous ses états*, Paris, Atlantica, 2000, p. 243-270.
- BERLIVET, Luc (2004), « Une biopolitique de l'éducation pour la santé », dans Didier FASSIN et Dominique MEMMI (dir.), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Presses de l'EHESS, p. 37-75.
- BOURDELAIS, Patrice (2003), *Les épidémies terrassées, une histoire de pays riches*, Paris, La Martinière.
- CASTELLS, Manuel (2002), *La galaxie Internet*, Paris, Editions Fayard.
- CEFAÏ, Daniel (1996), « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux*, vol. XIV, n° 75, p. 43-66.
- CHATEAURAYNAUD, Francis et Didier TORNÉ (1999), *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Presses de l'EHESS.
- EWALD, François (1986), *L'État providence*, Paris, Grasset.
- FLICHY, Patrice (2004), « L'individualisme connecté entre la technique numérique et la société », *Réseaux*, vol. II, n° 124, p. 17-51.
- FOUCAULT, Michel (1976), « Cours au collège de France en 1976 : Il faut défendre la société ». Tapuscrit, Bibliothèque du Saulchoir, Centre Michel Foucault.
- FOUCAULT, Michel (1978), « Cours au collège de France en janvier 1978: La population ». Tapuscrit, Bibliothèque du Saulchoir, Centre Michel Foucault.
- GIDDENS, Anthony (2007), « Une nouvelle gamme de risques spécifiques de la modernité », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 941, p. 15-17.
- GILBERT, Claude (2002), « La fin des risques ? », *Quaderni*, n° 48, p. 111-120.
- GILBERT, Claude (2003), « La fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. I, n° 114, p. 55-72.
- LE BRETON, David (2012), *Sociologie du risque*, Paris, PUF.

- HENRY, Emmanuel (2007), *Un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- LAFON, Benoit et Hélène ROMEYER (2008), « Le cancer à la télévision : enjeux médiatiques et politiques d'une cause légitimante », *Politique et sociétés*, vol. XXVII, n° 2, p. 73-104.
- LAGADEC, Patrick (1981), *Le risque technologique majeur*, Paris, Pergamon.
- LASCOUMES, Pierre (1993), « Construction sociale des risques et contrôle du vivant », *Prévenir*, n° 24, p. 23-36.
- MARCHETTI, Dominique (2010), *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse*, Grenoble, PUG.
- MOIRAND, Sophie (2007), *Les discours dans la presse quotidienne, Observer, analyser, comprendre*, Paris, PUF.
- QUERE, Louis (1992), « L'espace public : de la théorie politique à la métaphore sociopolitique », *Quaderni*, n°18, p. 75-92.
- RAZAC, Olivier (2006), *La grande santé. Bien être médical ou vitalité philosophique*, Paris, Climats.
- ROLLET, Catherine (1990), *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III<sup>e</sup> République*, Paris, INED-PUF.
- ROMEYER, Hélène (2007), « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale », *Questions de communication*, n° 11, p. 51-70.
- ROMEYER, Hélène (2008), « Les discours médiatiques du cancer en France (2000 et 2005) », Rapport de recherche GRESEC. [Document non publié].
- ROMEYER, Hélène (2010), « Discours médiatique et cancer en France entre 2000 et 2005 », dans Agnès d'ARRIPE et Cédric ROUTIER (dir.), *Communication et santé. Enjeux contemporains*, Lille, Presses universitaires du Septentrion, p. 109-120.
- ROMEYER, Hélène (2011), « Médias, communication et santé ». Cluster 14 ERSTU, [Document non publié].
- WOLTON, Dominique (2001), « La communication, un enjeu scientifique et politique majeur du 21<sup>ème</sup> siècle », *L'année sociologique*, vol. LI, n° 2, p. 309-326.